



**19-20 de octubre de 2017**  
**España**

# Comunicación oral

Organizado por **uc3m**

# Bienestar psicológico y Calidad de vida en una muestra de mayores: Comunicando un nuevo estereotipo de vejez

Dra. María H. Benavente Cuesta.


Facultad de C.C. de la Salud de la Universidad Pontifica de Salamanca

Dra. M<sup>a</sup> Paz Quevedo Aguado


Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca

# INTRODUCCIÓN

La OMS (2015) afirma que existe un incremento del envejecimiento en la población mundial al que además se le añaden situaciones de discriminación por motivo de la edad.



Estas actitudes negativas, constituyen arraigados estereotipos que perjudican no sólo a la sociedad sino también al propio mayor. Por este motivo, es preciso que todos los agentes sociales y sanitarios trabajen bajo el paradigma del Envejecimiento Activo, que aboga por una vejez integrada en un contexto de desarrollo y participación social. Se hace necesario COMUNICAR a la sociedad una NUEVA FORMA DE ENVEJECER.



**Objetivo:** Analizar dos de los predictores implicados en este tipo de envejecimiento: *la Autopercepción que tiene el propio sujeto sobre su salud y calidad de vida, y el Bienestar psicológico.*

# MÉTODO

## PARTICIPANTES

### N=91 SUJETOS

Edad media 74,07 años.

Sexo: Mujeres (53,85%)  
Hombres (46,15%)

Estado civil: Casados (60,4%)  
Viudos (17,6%)  
Solteros (11%)  
Separados/Divorciados (3,3%).

Lugar de residencia: Zona rural (54,95%)  
Zona urbana (45,05%).

Nivel de estudios: E. Primarios (38,46%)  
Universitarios (28,57%)  
Secundarios (24,18%)  
Sin estudios (8,79%).

Con quien viven: Solos (18,7%)  
Acompañados (81,3%)  
\* (En su mayoría por el cónyuge (62,6%), y el resto se distribuye entre otros familiares)

Forma de percibir la jubilación: Positiva (54,9%), Negativa (9,9%) e Indiferentes (35,2%).

# INSTRUMENTOS

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad, Sexo, Nivel de estudios, Lugar dónde viven, Con quien viven

## CUESTIONARIO DE SALUD SF.36.

Mide la calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por 36 ítems que valoran estados positivos y negativos de la salud. Los índices de fiabilidad según diferentes estudios está alrededor de una Alfa de Cronbach de 0.7. (Arostegui y Núñez-Antón, 2008; Vilagut et al., 2005).

## ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

Instrumento para la evaluación del Bienestar psicológico, utilizando la versión adaptada al español por Díaz et al., (2006). Consta de 39 ítems, valorados en una escala de respuesta tipo likert (1-5). Se distribuye en 6 dimensiones con los siguientes índices de fiabilidad: *Autoaceptación* (0.84), *Relaciones positivas con otras personas* (0.78), *Autonomía* (0.70), *Dominio del entorno* (0.82), *Propósito en la vida* (0.70) y *Crecimiento personal* (0.71).

## PROCEDIMIENTO

Se contactó con diferentes Asociaciones de mayores, de Salamanca capital y provincia a través de las cuales se aplicaron las escalas. Criterios de inclusión: tener 65 años o más, y ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos han sido tratados con el paquete estadístico SPSS. 15.0. Se presentan los análisis que han resultado significativos según los objetivos previamente planteados, pero quisiéramos señalar que las conclusiones extraídas de este estudio son entendidas con un alto nivel de prudencia debido al pequeño tamaño muestral, por este motivo, es asumido exclusivamente como un estudio piloto a partir del cual, iniciar un estudio más profundo aumentando el número de participantes.

# RESULTADOS Y DISCUSIÓN

→ ***Análisis descriptivo de la Calidad de vida según el SF-36***

→ ***Análisis inferencial***

→ ***Anova Lugar de residencia / Bienestar psicológico***

→ ***Anova Sexo/ Bienestar psicológico***

→ ***Anova Lugar de residencia /Autopercepción de salud general***

→ ***Anova Sexo / Autopercepción de salud general***

→ ***Anova Formas de Percibir la Jubilación/ Bienestar psicológico***

## **Análisis descriptivo** de la Calidad de vida según el SF-36

→ El 80,4% de los mayores consideran que **gozan de un estado óptimo de salud**

→ El 63,7% no se sienten limitados para realizar de esfuerzos moderados, el 30,2% un poco, y solo el 5% mucho, por lo que la **mayoría goza de independencia y autonomía para realizar las actividades de la vida diaria**

→ El 75,8% ha experimentado **dolor moderado en los últimos meses** lo cual indica que este fenómeno está integrado en su vida pero sin condicionarla excesivamente.

→ Tan sólo el 4,4% considera que no ha tenido energía en las últimas semanas → Estamos ante **sujetos activos capaces de hacer frente a la vida de manera positiva a pesar de que existan hechos adversos como la presencia de dolor o algún tipo de limitación**

→ El 67% se han sentido nerviosos *sólo en algún momento durante el último mes*, el 17,6% no ha experimentado este estado, y el 15,4% lo identifican como una sensación habitual.



El 29,7% nunca se ha sentido desanimado en el último tiempo, el 65,9% alguna vez, y solamente para un 4,4% ha sido algo habitual.

En los últimos meses, el 93,5%, casi siempre ha tenido sensación de felicidad, el 5,5% solo alguna vez y tan sólo un 1% nunca se ha sentido así. Además, solamente un 8,7% ha visto condicionada su vida social por alteraciones físicas y emocionales. →

***Estos datos arrojan una visión positiva acerca de su estado emocional. Se confirma, como en otros estudios, que en esta etapa del ciclo vital no sólo existen pérdidas sino también ganancias, por ejemplo, la capacidad de equilibrar los afectos positivos y los negativos*** (Heckhausen y Schulz, 1993; Mroczek y Kolarz, 1998).

Ante afirmaciones, “Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas”, el 46,2% la consideran falsa, el 38,5% no lo saben y el 15,4% afirman que es bastante cierta. Parece indicarse una tendencia de respuesta bastante alejada de lo que podría ser una actitud pesimista e hipocondriaca.

El 52,7% asumen una postura escéptica respecto a la posibilidad de enfermarse, afirmando que no lo saben, el 31,9% entienden que puede ser, y el 15,4% creen que no. Una vez más, ***se corrobora esta percepción tan satisfactoria que tienen de su salud, quedando especialmente reflejada, al afirmar que creen que su salud es excelente el 55%, no lo sabe el 26,4% y el 18,6% no la percibe así.***

# Análisis inferencial

Se analizan la existencia de diferencias entre los distintos grupos según las variables siguientes:

## *Anova Lugar de residencia / Bienestar psicológico*



Se hallaron diferencias con un grado de significación  $p < 0.05$  para las dimensiones del Bienestar psicológico: ***Relaciones positivas y Autonomía, entre los que residen en la ciudad y los que viven en el pueblo***

Al analizar sus medias, se observan puntuaciones más altas en estas dos dimensiones en los mayores que viven en la ciudad en comparación con los que viven en el pueblo.

- En ***Relaciones positivas***, los primeros tienen una media de 22,32 mientras que los segundos de 20,52. Se puede interpretar que aquellos que viven en zonas rurales tienen menos relaciones sociales debido al descenso que está viviendo la población rural por emigración a la ciudad, así como por el fallecimiento de familiares y seres queridos.
- Respecto a la ***Autonomía***, sucede lo mismo que en el caso anterior, los de ciudad obtienen una medida de 28,85 mientras que los de zona rural de 27,04. Estos últimos se perciben menos autónomos; probablemente la ciudad ofrezca mayores opciones de movilidad que se traducen en experiencias de independencia.

## ***Anova Sexo/ Bienestar psicológico***



Aparecen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) ***entre los varones y las mujeres para dos dimensiones: Dominio del entorno y Propósito en la vida.***

- En cuanto al ***Dominio del entorno***, los varones tienen una media de 23,2 en comparación con las mujeres que es de 21,2. Significa que los hombres tienen una mayor habilidad para crear entornos favorables y satisfacer sus propias necesidades psicológicas.
- ***El Propósito en la vida***, también es más alto en los hombres ( $\bar{X} = 25,95$ ) que en las mujeres ( $\bar{X} = 23,79$ ), los primeros indican una dirección más marcada de metas y sentido de la vida.

## ***Anova Lugar de residencia /Autopercepción de salud general***



Existen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en la **Autopercepción de salud entre los que viven en la ciudad y los que viven en el pueblo**. Encontramos que las puntuaciones más altas son para estos últimos ( $\bar{X} = 3,32$ ) en comparación con los primeros ( $\bar{X} = 2,68$ ). Esto se puede deber a la influencia que tiene el contexto sobre la salud, percibiendo los entornos naturales como más saludables, alejados de la contaminación y el estrés que se vive en las zonas más industrializadas.

## ***Anova Sexo / Autopercepción de salud general***



***No se han encontrado diferencias en la Autopercepción de salud entre hombres y mujeres.*** Ambos la perciben de igual manera, resultado contradictorio con el estudio de García, Lozano y Marcos (2011), en el que las mujeres tenían una autopercepción de salud más negativa.

## Anova Formas de Percibir la Jubilación/ Bienestar psicológico



***Se observan diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en las dimensiones del Bienestar psicológico entre los sujetos que perciben la jubilación de forma distinta (positiva, negativa e indiferente):***

- **Autoaceptación**, existen diferencias entre:
  - ***Los que han percibido la jubilación de forma positiva ( $\bar{X}=24,28$ ) y los que la han percibido de forma negativa ( $\bar{X}=16,6$ ), puntuando más alto los primeros.*** Se pueden justificar estos resultados entendiendo que los que viven la jubilación como un cambio positivo, asumen ese hecho desde la propia aceptación de ellos mismos a todos los niveles, físico, psicológico y social, en comparación con los que la perciben de forma negativa, para quienes probablemente supone una amenaza a sus diferentes funciones físicas y sociales.
  - ***Los que han percibido la jubilación de forma negativa ( $\bar{X}=16,6$ ), y aquellos a quienes no les ha influido ( $\bar{X}=23,37$ ), obteniendo estos últimos niveles más altos de Autoaceptación en comparación con los primeros.*** En definitiva las personas que perciben la jubilación como un hecho negativo tienen menores niveles de Autoaceptación, de los cuales se derivarán mayores sentimientos de malestar psicológico, por sus dificultades para aceptar los cambios que la propia vida conlleva.



- **Relaciones positivas**, existen *diferencias entre los que la perciben de forma positiva ( $\bar{X}=22,53$ ), y los que la perciben de forma negativa ( $\bar{X}=16,00$ ), puntuando más alto los primeros.* Probablemente, estos se han abierto al nuevo mundo de oportunidades que ofrece este cambio en cuanto a las relaciones sociales en comparación con otros que han visto disminuida su función social. Sería interesante en posteriores estudios, analizar la influencia que pueda tener la participación en actividades culturales/ocio sobre esta dimensión.



- **Autonomía**, existen *diferencias entre las personas que perciben la jubilación como un hecho positivo y aquellos que la perciben de manera negativa, y estos últimos, en comparación con aquellos que se muestran indiferentes ante este hecho. Como en anteriores dimensiones, puntúan más altos en Autonomía aquellos que viven la jubilación como algo positivo ( $\bar{X} =28,55$ ), que aquellos que la viven negativamente ( $\bar{X} =22,60$ ).*

La jubilación es considerada como un momento importante del ciclo vital, pudiendo ser interpretada de manera diferente dependiendo de cada individuo. Para quienes la asumen desde una perspectiva positiva, supone un momento de mayor libertad, al disponer de más tiempo para gestionar su vida, logrando una mayor independencia, dejan de existir los compromisos laborales, para dar paso a nuevas formas de proyección personal, que fortalecerán su sentimiento de autonomía y competencia. A diferencia de los que la consideran como un hecho negativo, cuya pérdida de trabajo, es interpretada, como una puerta de entrada hacia la dependencia, y por consiguiente, a la pérdida de autonomía. De la misma manera, también puntúan más bajo estos últimos en comparación con los que mantienen una postura de neutralidad hacia la jubilación( $\bar{X} =28,09$ ).



**Dominio del Entorno**, aunque aparece significativo en un primer análisis al hacer posteriormente la prueba de Scheffé ***no dan resultados concluyentes***.



**Crecimiento personal**, ***surgen diferencias entre las personas que perciben la jubilación de forma positiva y los otros dos grupos. Los primeros tienen puntuaciones más elevadas ( $\bar{X}=22,38$ ), pudiéndose considerar, que estos poseen mayor capacidad para generar contextos donde desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona, en comparación con los que la perciben de forma negativa ( $\bar{X}=18,6$ ) y los que se muestran indiferentes ante este hecho ( $\bar{X}=20,31$ ).***



**Propósito ante la vida**, ***existen diferencias significativas entre los sujetos que entienden la jubilación de forma positiva y los que la viven de manera negativa, teniendo puntuaciones más altas los primeros ( $\bar{X}=26,26$ ), lo cual significa que este grupo de sujetos tienen más claridad en cuanto a los objetivos y metas vitales, sabiendo qué es lo que realmente quieren, mientras que si los comparamos con el otro grupo estos presentan una menor puntuación respecto a esta dimensión ( $\bar{X}=18,20$ ).***

# CONCLUSIONES

1. Nos encontramos ante un grupo de sujetos que muestran ***un nivel muy satisfactorio en cuanto a su autopercepción de salud y calidad de vida***. Estos datos nos hacen intuir un ***nuevo estereotipo de vejez que se aleja del declive y la inactividad, para dar paso a una visión más positiva y activa de esta etapa***. Se puede entrever no sólo el esfuerzo personal de dichos sujetos sino también la implicación y el trabajo que están desarrollando las instituciones sociales y sanitarias por promover un Envejecimiento activo, capaz de prolongar la autonomía e independencia durante más tiempo. Aunque existe presencia de dolor físico, no supone un hecho limitante para continuar con su actividad diaria, y lo mismo ocurre con su vivencia emocional, identifican situaciones de tensión pero muestran también un alto control del mismo
2. El ***lugar de residencia es una variable que parece condicionar dos dimensiones del Bienestar psicológico: la Autonomía y las Relaciones positivas***. El hábitat urbano favorece que el sujeto se sienta más independiente a la hora de desarrollar su actividad diaria además de beneficiar su mundo de relaciones interpersonales. De forma contraria sucede con la valoración general que hacen los sujetos de su estado de salud, los que viven en el pueblo alcanzan niveles más altos en este sentido que los que se encuentran en la ciudad.



**3. En cuanto al Sexo, los varones se desmarcan con puntuaciones más elevadas en dos dimensiones del Bienestar psicológico respecto a las mujeres: Dominio del Entorno y Propósito en la vida.** Éstos muestran un mayor control y satisfacción del contexto donde se mueven y además metas más claras y definidas. En lo que se refiere, a la valoración que hacen de la salud, no se observan diferencias.

**4. Aparecen diferencias significativas en 5 de las dimensiones que constituyen el Bienestar Psicológico, al comparar los sujetos de acuerdo con la forma de percibir el hecho de la jubilación.** Principalmente, se encuentran esas diferencias, entre los sujetos que la entienden como un hecho positivo y aquellos que la entienden de forma negativa. Podríamos decir, por tanto, que **aquellas personas que viven esta realidad de manera positiva poseen niveles más altos de Auto-aceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Propósito en la vida y Crecimiento personal**, en comparación con aquellos que la sienten como un hecho amenazante. Este sería un aspecto para seguir investigando, tratando de analizar de forma más exhaustiva la relación entre estas variables.



**Este estudio nos lleva a proyectar una imagen más positiva de esta etapa de la vida, en la que los propios mayores comunican un estereotipo de vejez, donde la salud es entendida no tanto por el número de patologías que presentan sino por la Autopercepción que tengan de las mismas, y finalmente donde, la limitación impuesta por la edad es reconvertida en adaptación y control hacia el bienestar.**

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arostegui, I., & Nuñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud short form-36 (SF36). *Estadística Española*, 50 (167), 147-192.
- Deep, C.A., & Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la vejez: Una Psicogerontología Aplicada*. Madrid: Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide
- García, M., Lozano, M. R., & Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100-107.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1993). Optimization by selection and compensation: Balancing primary y and secondary control in life span development. *International J. Behavioral Development*, 16, 115-124.
- Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Stereotypes. *J. Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349
- Limón, M.R., & Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 225-238.
- Mroczek, DK., & Kolarz, C.M. (1998). The effect of age on positive and negative affect. *J. Personality and Social Psychology*, 15, 1333-1349.
- Naciones Unidas (2002). *Plan Internacional de Acción sobre el envejecimiento*. Nueva York: UN.
- OMS. (2002). *Envejecimiento activo*. Ginebra: Organización Mundial de la salud.
- OMS (2015). *Informe mundial sobre el Envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- OMS (2016). Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/discrimination-ageing-youth/es/>
- Ryff, C. (1989). Happiness in everythin, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-81.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., & Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 298-304.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria* 19(2), 135-150.
- Zamarrón, M.D. (2013). Envejecimiento Activo: Un reto individual y social. *Sociedad y Utopía*, 41, 449-463.